FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

André LEVY

Né le 28 août 1901, à Paris.

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

TRAITEMENT DES

RÉTRÉCISSEMENTS INFLAMMATOIRES DU RECTUM

PAR LA DIATHERMIE

Président : M. LEGÈNE, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
IRAMI	Pathologie médicale.
GLAVE	Pathologie chirurgicale.
BERTIN . . .	Pathologie médicale.
SSET	Pathologie chirurgicale.
UDOUIN . . .	Pathologie médicale.
NET	Physiologie.
ANCHET IERE	Chimie biologique.
ANCA	Histologie.
ULÉ	Pathologie médicale.
. . . . .	Pharmacologie et matière médicale.
DENAT . . .	Pathologie chirurgicale
AMPY	Histologie.
IRAY	Pathologie médicale.
ERC	
BRE	Hygiène.
de JONG . . .	Anatomie pathologique.
VOIR	Médecine légale.
ALLE	Obstétrique.
ESSINGER . .	Pathologie médicale.
IX.	
RNIER . . .	Pathologie expériment.
RVIER . . .	Pathologie médicale.
EITZ-BOYER .	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE .	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBE (Henri) .	Chimie biologique.
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER . .	Obstétrique.
LEMAITRE . . .	Oto-rhino-laryngologie.
N...	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL . .	Obstétrique.
LHERMITTE . .	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU. . . .	Pathologie chirurgicale.
METZGER. . . .	Obstétrique.
MOCQUOT. . . .	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	
MOURE.	
MULON	Histologie.
PHILIBERT . .	Bactériologie.
RIBIERRE . . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils . .	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL . .	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VILLARET . . .	Pathologie médicale.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
DUGEROT . .	Pathologie médicale.
JENIOT	Obstétrique

M	
RETTERER. .	Histologie.

IV.— AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.

MM.	
LERI	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
N...	Clinique médica e.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIRE agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LELOUX-LEBARD	Radiolog e cl nique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le professeur LECÈNE

professeur de pathologie chirurgicale
a la faculté de médecine de Paris
chirurgien de l'hôpital Saint-Louis
chevalier de la légion d'honneur

Qui m'a fait l'honneur de présider ma thèse.
Hommage respectueux.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BENSAUDE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT ANTOINE

Qui m'a suggéré l'idée de ce travail, m'a donné les moyens de l'exécuter, et n'a cessé de me prodiguer ses encouragements, je suis heureux d'exprimer ici ma profonde gratitude et mon respectueux attachement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le PROFESSEUR CHAUFFARD, (St-Antoine, 1920-1921).
M. le PROFESSEUR LEJARS (Saint-Antoine, 1921).
M. le DOCTEUR DE MASSARY (Lariboisière, 1921-1922).
M. le DOCTEUR BAUDET (Bichat, 1922).
M. le DOCTEUR FLORAND (Lariboisière, 1922).
M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ MACAIGNE (Lariboisière, 1923).
M. le DOCTEUR SOULIGOUX (Beaujon, 1923-1924).
M. le DOCTEUR LORTAT-JACOB (Saint-Louis, 1924).
M. le DOCTEUR SAINTON (Tenon, 1924-1925).
M. le DOCTEUR BENSAUDE (Saint-Antoine, 1925-1926).
M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ LEVY-SOLAL (Maternité de Saint Antoine, 1926).

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ FIESSINGER, médecin des hôpitaux, médecin de la maison municipale de Santé.
M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ R. DEBRÉ, médecin des hôpitaux.
M. le DOCTEUR HUBER, médecin des hôpitaux.
M. le DOCTEUR A. CAIN, médecin des hôpitaux.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

M. THALHEIMER, J. DEBRAY, M. DEBRAY, R. GUEULLETTE, Et. BOLTANSKI.

A Monsieur le docteur J. H. MARCHAND

ASSISTANT D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE A L'HÔPITAL St-Antoine

Qui m'a enseigné la technique de la diathermie et m'a permis par ses précieux conseils de mener à bien ce travail.

J'adresse ici mes sincères remerciements.

INTRODUCTION

Le rétrécissement inflammatoire du rectum, affection extrêmement pénible pour les malades qui en sont porteurs, s'est toujours montré particulièrement rebelle aux nombreuses et diverses thérapeutiques qui, ont été tentées contre lui.

Depuis décembre 1924, un procédé tout à fait nouveau la Diathermie, a été mis en œuvre.

Les premiers résultats obtenus, publiés dans un article récent par MM. Bensaude et Marchand (*Presse Médicale* du 2 décembre 1925), sont dans l'ensemble incomparablement meilleurs que tous ceux observés jusqu'alors par quelque procédé que ce soit.

Nous nous proposons, dans ce travail, d'indiquer la technique de cette nouvelle méthode et d'étudier pas à pas, l'action progressive et bienfaisante de la Diathermie sur les rétrécissements inflammatoires du rectum.

Nous exposerons en outre, 32 observations de malades dont nous avons suivi le traitement dans le service de notre maître, le Dr Bensaude.

CHAPITRE I

NOTIONS DE PATHOLOGIE

Le traitement que nous allons étudier, ne s'adresse pas à tous les rétrécissements du rectum, mais bien aux rétrécissements inflammatoires, à l'exclusion des rétrécissements cicatriciels, congénitaux et des rétrécissements cancéreux.

C'est dire qu'il s'agira d'un malade venu consulter pour une constipation opiniâtre, résistant à toutes les thérapeutiques, s'accompagnant de déformation des matières, rubannées ou ovillées, et alternant avec des débâcles de fausse diarrhée.

Il se plaint aussi d'un écoulement de pus et de glaires par l'anus, écoulement abondant et continuel; parfois aussi d'hémorragies rectales plus ou moins abondantes.

Chez un tel malade, le toucher révèle dans les derniers centimètres du rectum, une muqueuse granuleuse, râpeuse, ayant perdu son élasticité, et qui donne au doigt la sensation de carton. Quelquefois, il y a de véritables végétations de rectite proliférante.

Au-dessus, le doigt s'engage dans un entonnoir à parois résistantes, bosselées, irrégulières, dures, se terminant en haut par un anneau fibreux.

La muqueuse a perdu toute sa souplesse, elle est cartonnée sur toute la circonférence du rectum. C'est un véritable manchon, une gaine scléreuse qui immobilise le rectum dans le bassin, tout en le rétrécissant.

Le plus souvent, le doigt ne peut franchir le rétrécissement pour aller reconnaître au-dessus la surface ulcérée.

Le rectoscope montre, dans les derniers centimètres, une cavité irrégulière, avec une muqueuse rouge, enflammée, ulcérée, ou bien blanchâtre, grisâtre avec des mamelons brillants faisant saillie.

Plus haut, le rétrécissement, tuyau rigide, à parois épaissies, recouvertes de muco-pus, sans ulcération à son niveau, mais avec des parties rouge vif, des taches ecchymotiques, hérissées de mamelons et d'autres parties d'aspect blanchâtre, cicatriciel.

Parfois le rétrécissement prend l'aspect d'un diaphragme perforé au centre par un orifice circulaire ou triangulaire. Ce diaphragme bordé de granulations, de mamelons opalins parfois très vascularisés, jamais friables, se distingue de celui des rétrécissements congénitaux qui est limité par un bord tranchant.

Au-dessus du rétrécissement que franchissent seulement, en général, les petits rectoscopes de 10 ou de 15 mm., il existe de nombreuses petites ulcérations ou même une véritable recto-colite érosive.

Ces ulcérations résultent en grande partie, au moins, de la stase fécale au-dessus de l'obstacle.

L'ulcération unique et très étendue, décrite par Gosselin, est exceptionnellement rencontrée lors de cet examen.

Enfin des fistules, souvent multiples, en pomme d'arrosoir, naissent au-dessous de la sténose.

En présence de pareilles lésions, les auteurs ont invoqué de nombreuses pathogénies.

C'est le syphilome ano-rectal de Fournier, véritable néoplasie tertiaire, sclérose, reliquat d'un processus antérieur.

C'est l'éléphantiasis ano-rectal de Jersild, dû à une gêne de la circulation lymphatique ano-rectale.

C'est la rectite proliférante et sténosante de MM. Delbet et Mouchet, à l'origine de laquelle est souvent la blennorragie rectale.

C'est la tuberculose dont la présence a été prouvée dans certains cas par l'examen histologique et l'inoculation.

En réalité, si, chez un certain nombre de nos malades, nous avons trouvé une étiologie qui semble nette : soit des habitudes sodomiques avec gonococcie rectale, chancre mou, suivi de rectite chancrelleuse, ou chancre induré du rectum, soit une fistule tuberculeuse; chez beaucoup d'entre eux, malgré toutes les recherches pratiquées, nous n'avons rien trouvé de net, ni une des causes précédentes, ni même une dysenterie, cause beaucoup plus rare de rétrécissement, ou une recto-colite ulcéreuse, ou une parasitose quelconque.

En fait, il faut donc considérer les rétrécissements inflammatoires comme l'aboutissant de processus étiologiques variables, parmi lesquels les affections vénériennes jointes aux infections banales non spécifiques, jouent un rôle important.

D'ailleurs, quelle que soit l'infection originelle, l'histoire de la formation de la sténose est la même, les symptômes et l'évolution en sont semblables.

Elle fait suite à une période de rectite aiguë caractérisée par des douleurs très vives au moment des selles, par un écoulement purulent, quelquefois sanglant, par des faux besoins, du ténesme rectal.

Cette rectite aiguë passe rapidement à la chronicité et à la phase de rectite chronique, il est classique de dire que le rétrécissement existe déjà en germe.

Cliniquement, il n'y a que des signes de rectite, apparaissant progressivement, douleurs sourdes, pesanteur rectale, ténesme, faux besoins avec épreintes, défécations douloureuses. Le signe capital est l'écoulement de pus et de glaires par l'anus.

Le toucher est très douloureux, il permet d'apprécier l'état de la muqueuse irrégulièrement parsemée de saillies sessiles, de mamelons durs, avec entre eux des zones épaissies, mais qui n'ont pas encore perdu toute leur souplesse.

La rectoscopie montre une muqueuse blanchâtre, grisâtre, tomenteuse, parsemée de mamelons brillants, de dimensions variant d'un grain de mil à un petit pois, recouverte de pus et de glaires.

Il existe parfois de petites érosions saignottantes. Au-dessus, la muqueuse est saine.

L'évolution vers la sténose va se faire lentement, insidieusement, en plusieurs mois, plus d'une année parfois.

Des examens pratiqués pendant cette période, mon-

trent l'augmentation, la cohésion des saillies, des mamelons. Le toucher fait sentir sous la muqueuse des granulations dures, donnant au doigt la sensation de grains de plomb, et que le rectoscope ne permet pas d'apercevoir.

La muqueuse s'épaissit en bandes longitudinales de sclérose, en placards indurés qui, plus tard, s'élargiront pour réaliser un manchon complet.

Le doigt introduit alors dans l'anus, semble enserré dans un tube de carton. Le rectum est fixé. La muqueuse ne se déplace plus sous le doigt.

Peu à peu, on voit se constituer la sténose. C'est d'abord un simple ressaut qu'on perçoit difficilement par la palpation, mais qu'il est aisé de reconnaître en introduisant le rectoscope.

Puis, l'anneau se resserre, et aboutit bientôt à l'entonnoir typique qui caractérise le rétrécissement inflammatoire.

En même temps qu'évolue ainsi l'état local, on voit apparaître des signes d'intoxication générale, imputables tant à la suppuration chronique qu'à la stase stercorale qui augmente.

Les fonctions digestives s'effectuent mal, la langue est saburrale, l'état nauséeux est habituel.

Les efforts de défécation sont l'occasion de si terribles souffrances que les malades se privent de manger pour ne pas avoir de selles.

Aussi l'amaigrissement s'accentue-t-il chaque jour. A la maigreur extrême, se joint un teint terreux et plombé qui donne à ces malades à la fois infectés et intoxiqués, un facies caractéristique.

Certains d'entre eux présentent de véritables troubles psychiques.

En général, l'évolution est longue et les malades peuvent vivre pendant des années avec leur rétrécissement, mais ils mènent une vie misérable, entrecoupée de crises d'obstruction intestinale avec ballonnement du ventre, coliques et vomissements.

Progressivement, s'établit un état de cachexie et la mort survient après de longues et cruelles souffrances, du fait d'une infection aiguë intercurrente, de la dégénérescence amyloïde, ou de la tuberculose pulmonaire.

C'est ainsi que se présente le rétrécissement inflammatoire typique du rectum.

Dans quelques cas, nous avons eu à traiter des formes d'aspect un peu différent.

Les uns, particulièrement étendus, débutent bas, au-dessus de l'anus pour ne se terminer que beaucoup plus haut (obs. n° 23).

D'autres sont si élevés que l'on ne peut les atteindre au doigt, ou même avec une bougie de Hégar. (obs. n°4).

D'autres, encore, sont multiples et étagés en différents points (obs. n° 4).

Enfin, quelques-uns sont de type valvulaire, c'est-à-dire occupant une partie seulement de la circonférence, sous forme de bride tendue à travers la lumière rectale (obs. n° 7, obs. n° 22).

CHAPITRE II

LES TRAITEMENTS HABITUELLEMENT USITÉS

En présence d'une semblable affection, dont les symptômes sont graves, les complications redoutables, l'évolution lentement, mais sûrement fatale, les médecins se sont ingéniés depuis de très longues années à trouver un traitement capable d'enrayer, de faire régresser, de supprimer totalement les lésions inflammatoires constituées.

Aussi les thérapeutiques les plus nombreuses et les plus diverses furent-elles tentées contre le rétrécissement du rectum.

Les agents chimiques, la dilatation mécanique, les traitements électriques, les interventions chirurgicales ont été successivement ou simultanément employés.

Nous ne ferons que citer les destructions des sténoses à l'aide de caustiques, procédés très anciens et abandonnés.

Les lavages du rectum à l'eau bismuthée ou goudronnée, les attouchements à l'acide lactique, les di-

verses cautérisations employées depuis ne donnèrent pas non plus satisfaction.

Il en fut de même des injections de thiosinamine, de fibrolysine intra-musculaires ou *in situ*.

Les traitements électriques usités jusqu'à présent n'ont pas fourni de résultats bien encourageants.

L'électrolyse circulaire négative, utilisant l'action sclérolytique du pôle négatif du courant continu, a pour but le ramollissement du tissu fibreux et sa résorption par modification biologique lente.

Mais, même en Amérique et en Angleterre, où elle fut en honneur, elle est abandonnée en raison de son action peu durable et des récidives.

L'étincelage de haute fréquence, utilisé par M. Heitz Boyer en 1922, n'a pas toujours donné les résultats qu'on en attendait.

Les applications de neige carbonique, n'ont pas non plus amélioré beaucoup les rétrécissements inflammatoires.

La dilatation mécanique du rectum s'adresse au danger immédiat, à la stase fécale qui peut donner lieu à des accidents d'obstruction intestinale et qui ne fait que croître avec la diminution progressive du calibre de la sténose.

Elle fut préconisée par Desault. Déjà les mèches enduites d'onguent mercuriel introduites par Dupuytren dans les rectums rétrécis, agissaient surtout par dilatation.

La dilatation brusque d'A. Cooper fut rapidement abandonnée en raison des dangers de rupture du rectum

et de péritonite qu'elle présentait. Il en fut de même de la dilatation progressive brusque de Crédé.

La dilatation lente et progressive faite à l'aide de bougies de Hégar ou avec des bougies coniques ou bien des bougies que l'on dilate sur place et qu'on laisse 10 à 20 minutes dans le rectum, est une méthode longue et douloureuse qui n'amène le plus souvent qu'une rémission passagère des symptômes.

Un arrêt de quelques jours dans le traitement suffit à faire réapparaître la sténose et les malades ainsi traités sont condamnés, au prix de souffrances considérables, à passer chaque jour une bougie pour maintenir leur perméabilité rectale.

Cette action peu durable s'explique d'ailleurs facilement. La dilatation simple ne fait que distendre les tissus scléreux sans modifier leur nature, sans les transformer ni les assouplir.

Nous verrons combien différente est l'action de la la diathermie.

De plus, des complications septiques, des suppurations péri-rectales sont souvent la conséquence d'un traumatisme produit par la bougie et assombrissent encore le pronostic.

Quant aux traitements chirurgicaux, ils comportent les rectotomies, les rectoplasties, l'extirpation, l'anus iliaque.

La rectotomie interne préconisée par Hawkins et par Wiseman fut abandonnée. Les débridements superficiels au bistouri (Reclus) n'ont guère donné de meilleurs résultats.

La rectotomie externe (Humphry) pratiquée en France par Panas et par Verneuil, consistait en section sur la ligne ano-coccygienne de toutes les parois ano-rectales, soit au bistouri, soit à l'écraseur linéaire ou au thermocautère.

L'autoplastie rectale de Péan, la rectoplastie n'amènent pas la rétrocession de la rectite concomitante et sont suivies de récidives.

L'extirpation fut préconisée par Segond (1889) qui la faisait par voie périnéale intrasphinctérienne, par Quénu et Richelot en 1891.

Mais, déjà en 1895, MM. Hartmann et Quénu la discutent et en 1897, M. Lapointe met en valeur l'anus iliaque, signale que l'extirpation n'est pas toujours un procédé radical, et fournit la statistique suivante :

Sur 69 opérés, 11 morts post-opératoires.

3 survivants morts la première année.

Sur les 55 autres, 31 revus moins d'un an après dont 9 avaient déjà une récidive. 24 revus plus d'un an après dont 12 ont récidivé.

Relevons la statistique de Ruge (1907).

19 opérés. 1 mort post-opératoire, 1 mort survenue la première année, 6 opérés non revus.

Restent 11 opérés, dont 4 ont été examinés moins d'un an après l'intervention. Chez l'un d'eux, récidive de la sténose, chez un autre, rectite.

Sur les 7 revus plus d'un an après l'intervention, 2 ont récidivés, 5 sont considérés comme guéris, l'un d'eux avec incontinence.

La statistique du Professeur Hartmann (1922) porte

sur 34 extirpations intra-sphinctériennes, et 2 amputations abdomino-périnéales, avec 3 morts post-opératoires. Sans détail sur les résultats éloignés que l'auteur signale comme excellents.

L'article de M. Barbilian (*Presse Médicale*, 4 mars 1925) porte sur 17 cas opérés depuis 1918 par M. le Professeur Hartmann.

2 malades ont été perdus de vue après l'intervention, un après quelques années, un autre est mort peu après. Sur les 13 restant, il y a 3 récidives nettes, 3 autres présentent des phénomènes de rectite.

Enfin, Deroche, dans sa thèse (1925) rapporte 21 cas opérés. Une mort post-opératoire, une mort quatre mois après de tuberculose, un malade perdu de vue. Sur les 10 revus moins d'un an après, une récidive, et une rectite intense. Sur les 8 autres, 3 récidives, une rectite, un opéré obligé de se dilater de temps en temps, un autre incontinent.

M. Radice, dans une statistique récente (mars 1926) résume toutes les précédentes, y ajoute 7 cas d'exérèse et conclut, sur 135 cas considérés, au pourcentage suivant :

10, 3 % de morts post-opératoires.
48, 2 % d'échecs.
34, 4 % de succès partiels.
15, 5 % de guérisons définitives.

Ces statistiques montrent que, même précédée d'une colostomie iliaque, cette intervention porte sur des tissus infiltrés et enflammés et que bien souvent, elle est suivie d'incontinence et de récidive.

Les cas suivis de succès sont presque toujours des rétrécissements peu étendus, limités à la portion proximale du rectum, avec lésions sus-stricturales minimes.

Nous rappellerons que notre maître le Dr Bensaude n'a vu en 17 ans que deux cas de guérison opératoire et que le Professeur Duval a pu dire de la guérison suivie d'incontinence d'un rétrécissement du rectum traité par amputation :

« Cette observation nous montre un succès chirurgical qu'il ne faut pas s'attendre à voir se renouveler fréquemment. Cette opération est toujours pénible et comporte une grosse mortalité opératoire; d'autre part, des cas considérés comme guéris récidivent longtemps après l'intervention. La sagesse conseille de pratiquer un anus contre nature quand le rétrécissement devient trop marqué. » (Société de Gastro-Entérologie, 9 février 1925).

L'anus iliaque, en effet, rétablit le cours normal des matières, permet l'amélioration de l'état général en faisant disparaître l'intoxication liée à l'occlusion. La rectite elle-même s'atténue, mais le rétrécissement persiste toujours, rebelle au traitement médical. Ce procédé est palliatif et non curatif.

Dans bien des cas, nous avons pu éviter à nos malades, par le traitement diathermique, la colostomie qui leur était conseillée.

CHAPITRE III

LE TRAITEMENT PAR LA DIATHERMIE

I. — Mode d'action

C'est la résistance du rétrécissement inflammatoire du rectum aux différents traitements médicaux qu'ils essayèrent tour à tour, ce sont les récidives qu'ils voyaient survenir après les interventions chirurgicales tentées, qui amenèrent MM. Bensaude et Marchand à s'adresser à un procédé nouveau : la dilatation diathermique, qui leur donna immédiatement des résultats appréciables.

En effet, la diathermie amène la régression progressive des lésions qui subissent un processus de guérison, en ordre inverse de leur apparition.

La diathermie ayant une action essentiellement plastique, assouplit les tissus scléreux, fait disparaître l'induration, l'infiltration des parois rectales. Cette action est comparable à celle observée d'autre part sur les cicatrices chéloïdes, sur les adhérences post-opératoires.

L'entonnoir typique du rétrécissement, avec ses parois résistantes, bosselées, irrégulières, dures, se

terminant en haut par un anneau fibreux, va sous l'influence du traitement se transformer progressivement.

C'est au niveau de l'orifice rétréci, circulaire, qui limite en haut l'entonnoir, que nous constaterons tout d'abord la dilatation.

Son calibre augmente assez vite et permet au doigt qui touche de le franchir et d'aller reconnaître au-dessus de lui la surface ulcérée.

Le rétrécissement affecte alors l'allure d'un manchon de carton, d'un tube scléreux de quelques centimètres de hauteur dans lequel un rectoscope de petit calibre s'engage sans difficulté et qu'il franchit sans ressaut.

La muqueuse au-dessous de lui s'assouplit assez vite, mais présente encore des lésions de rectite végétante avec des bourgeons de dimensions variables.

Un peu plus tard, on contaste, sur la surface de ce tube, de cet anneau, une solution de continuité. En un point, la gaine fibreuse s'est rompue. Le plus souvent il s'agit d'une des extrémités du diamètre antéro-postérieur.

Quelque temps après, le même phénomène s'observe au pôle opposé. On a alors la sensation tactile de deux demi-cylindres scléreux latéraux, séparés par deux petites bandes longitudinales antérieure et postérieure de muqueuse souple.

Puis l'anneau se rompt en différents autres points et des bandes de muqueuse assouplie alternent avec des bandes de muqueuse infiltrée parallèles

La dilatation se fait alors plus facilement et les progrès du traitement vont s'accentuer.

Les bandes de sclérose se fragmentent en placards indurés, de forme variable.

Le doigt qui touche les sent de jour en jour diminuer progressivement de volume, de la périphérie vers le centre, changer de consistance, devenir moins durs, moins infiltrés.

Le rectum qui présente un calibre à peu près normal commence à être plus mobile dans le bassin.

Enfin, il ne persistera plus que des granulations dures, arrondies, véritables grains de plomb sous-muqueux, seuls vestiges du manchon scléreux constaté au début. Ces granulations, appréciables surtout au toucher, pourraient passer inaperçues à l'examen endoscopique.

Peu à peu, on les sent diminuer. Gros comme un petit pois au début, ils atteignent le calibre d'un grain de mil, ils s'espacent, quelques-uns disparaissent complètement.

Bientôt, il n'en subsiste plus qu'un petit nombre de volume réduit, de consistance moins dure.

En persévérant encore, on arrive à les supprimer tous, et l'on obtient alors une muqueuse parfaitement souple, dans son ensemble.

Ainsi, on a eu raison non seulement de la sténose mais encore des derniers vestiges de l'infiltration des parois rectales, ce qui amène un résultat durable.

En même temps, la diathermie agit sur la rectite moins rapidement, moins complètement que sur le rétrécissement, mais d'une façon incontestable.

Elle produit la diminution de l'état inflammatoire

de la muqueuse des derniers centimètres du rectum, elle amène la cicatrisation d'un grand nombre d'ulcérations, en particulier de celles qui siègent au-dessus du rétrécissement. Peut-être ce dernier effet est-il dû surtout à la levée de l'obstacle qui causait la stase fécale dans cette région.

D'autre part, les fistules entretenues par la rectite et par le rétrécissement, se tarissent fréquemment avec l'amélioration de ceux-ci.

Parallèlement, les signes fonctionnels se modifient.

Conséquence immédiate de la dilatation rectale, on observe une diminution rapide de la constipation.

Les matières sont d'abord moins déformées, puis les malades ont chaque jour une selle moulée d'un calibre convenable.

Dans les cas d'incontinence, la tonicité du sphincter reparaît avec la désinfiltration des parois rigides du canal ano-rectal.

Le rectum recouvre sa sensibilité, les malades sentent à nouveau passer les matières.

L'écoulement purulent, épais, abondant, continuel, fétide, observé avant le début du traitement, s'éclaircit, devient plus fluide, presque séreux. Son odeur nauséabonde disparaît, d'abord dans les heures qui suivent les séances pour reparaître ensuite; puis, pendant un temps plus long, jusqu'à ce que l'écoulement perde enfin toute fétidité.

De plus, les pertes ne surviennent plus qu'au moment des selles qu'elles recouvrent. Elles diminuent d'abondance, sans toutefois disparaître toujours complètement.

Dans plusieurs cas d'anites et d'ano-rectites, non seulement la muqueuse s'est assouplie et les petites zones d'infiltration qui existaient ont disparu, mais encore, l'écoulement a complètement cessé pendant que se cicatrisaient toutes les exulcérations.

A l'action plastique, assouplissante, de la diathermie, s'ajoute donc une action désinfectante et cicatrisante incontestable.

II. — La technique de la méthode.

La diathermie consiste à faire traverser les tissus par un courant de haute fréquence à basse tension, dont le passage ne provoque aucun autre phénomène appréciable qu'un dégagement de chaleur.

Ce dégagement de chaleur est fonction de l'intensité du courant ou plutôt de la densité électrique, c'est-à-dire, de la quantité d'électricité qui traverse chaque unité de surface.

La résistance électrique des divers tissus de l'organisme, influera donc sur l'élévation de température locale. Il en est de même du refroidissement causé par la circulation sanguine.

Ce sont ces éléments qui détermineront la forme et les dimensions des différentes électrodes.

Les électrodes sont les unes actives, c'est-à-dire, qu'à leur niveau, on recherche le maximum d'action, les autres indifférentes, et n'ont d'autre but que de recueillir le courant à la sortie du corps.

Nous employons, comme électrode active, une bougie de Hégar placée dans le rectum et munie d'une borne pour l'arrivée du courant.

On se servira toujours de la bougie la plus grosse que puisse admettre le rétrécissement, sans faire souffrir, sans faire saigner.

La dilatation mécanique est absolument proscrite. Il ne faut jamais forcer pour introduire la bougie.

A chaque séance, on essaie de passer une bougie d'un calibre supérieur de un ou deux millimètres.

Si cette bougie plus grosse ne passe pas très facilement, si son introduction menace de faire souffrir, de nécessiter un effort brutal, on s'abstient et on a recours à la bougie employée pour la séance précédente.

Notons que, dans un cas, la guérison a été obtenue, alors que la bougie employée ne franchissait pas le rétrécissement trop haut placé (ob. n° 4).

L'électrode indifférente est constituée par deux plaques métalliques jumelées, placées l'une sur la région abdominale, l'autre sur la région lombaire.

Nous insisterons sur les motifs qui ont déterminé le choix du siège de ces électrodes.

On a toujours le plus grand intérêt à augmenter autant qu'il est possible la surface d'application de l'électrode indifférente.

D'autre part, le rectum où est placé l'électrode active est une région de l'organisme particulièrement bien vascularisée, irriguée par des artères de calibre important, par de grosses veines.

Bien refroidi par cette active circulation sanguine,

il supportera des intensités élevées, qui seraient susceptibles de brûler les téguments au niveau d'électrodes indifférentes trop petites, à la surface desquelles la densité électrique serait trop augmentée.

On placera donc une première plaque sur l'abdomen en utilisant une grande surface limitée schématiquement par le rebord des fausses côtes en haut, par les épines iliaques latéralement, c'est-à-dire, par les points où les téguments sont doublés de façon trop voisine par des surfaces osseuses.

La deuxième plaque est placée sur la région lombaire et non sur la région sacrée comme elle l'était au début du traitement et comme le préconise un auteur allemand, M. H. Picard.

En effet, la résistance du corps humain est extrêmement variable suivant les régions, chaque tissu ayant sa résistance spécifique propre. En particulier l'os a une résistance considérable, et ne laisse pour ainsi dire pas passer le courant.

Et, lorsqu'il s'agit d'une région comme la région sacrée, contenant une surface osseuse importante sous-jacente immédiatement aux téguments, le courant passe seulement par les échancrures sciatiques pour pénétrer dans la profondeur. Il en résulte un échauffement rapide des tissus et la prompte nécessité de diminuer l'intensité.

Au contraire, dans la région lombaire, la plaque repose pour les deux tiers de sa surface sur des téguments sans surface osseuse sous-jacente, et l'intensité peut être augmentée et maintenue sans danger de brûlures.

Nous en arrivons maintenant à l'étude de la position du malade, de la mise en place des électrodes.

L'examen rectoscopique pratiqué avant le début du traitement, a renseigné sur le siège exact du rétrécissement, sur son calibre, sur son étendue, enfin sur les sinuosités qu'il peut présenter et sur l'obliquité que nous devrons donner à la bougie lors de son introduction.

Le toucher rectal précédant immédiatement la séance, aura donc surtout pour but de lubrifier les parois du canal anal et du rectum.

La bougie choisie, soigneusement stérilisée, enduite d'un corps gras, est prête à être utilisée.

Le malade devant subir la séance en décubitus dorsal, il paraît logique d'introduire la bougie dans cette position, de façon à ne pas le mobiliser ensuite.

Mais cette position n'est pas toujours favorable; dans le cas de rétrécissement très serré ou sinueux elle ne permet pas toujours d'orienter l'axe de la bougie suivant l'axe du rétrécissement.

Dans ce cas, on aura recours, soit à la position de Sims ou décubitus latéral, soit à la position genu pectorale.

On se souviendra que si la morphologie du rectum est déjà très variable d'un sujet à l'autre chez les sujets sains, on aura encore bien plus souvent des aspects différents, lorsqu'il s'agira de rétrécissements inflammatoires, affectant des courbes à orientations diverses, parfois très sinueuses.

L'introduction sera facilité par le principe même de

la méthode, proscrivant absolument la dilatation mécanique et n'autorisant que la bougie qui passe sans forcer et sans faire souffrir.

Nous entendons par là, la souffrance provoquée par la dilatation mécanique au niveau du rétrécissement Car, bien souvent, les sujets traités sont porteurs de lésions extrêmement enflammées et douloureuses du canal anal. Le contact de la bougie métallique avec les parois ulcérées de cette région provoque une vive souffrance et crée un spasme considérable du sphincter.

La plus grande douceur et la plus grande patience doivent donc être de règle dans la mise en place de l'électrode rectale.

Le sphincter franchi, la douleur provoquée par le spasme diminue et on sent très bien en poussant plus avant une bougie de calibre convenable, le ressaut non douloureux de celle-ci sur le rétrécissement franchi aisément.

D'autre part, le passage du courant fait cesser rapidement la douleur.

Enfin, l'anite elle-même est justiciable du traitement diathermique et ne doit donc pas être considérée comme un obstacle à son exécution.

En pratique, on fait coucher le malade sur la plaque lombaire, on place l'électrode abdominale. On introduit alors la bougie rectale, et l'on peut aussitôt faire passer le courant.

Si le décubitus dorsal n'est pas favorable à la mise en place de la bougie rectale, on introduit celle-ci en position genu pectorale ou en position de Sims, on fait

coucher le malade sur la plaque lombaire et l'on place, en dernier lieu, l'électrode abdominale.

Quoiqu'il en soit, on augmente progressivement l'intensité jusqu'à atteindre rapidement 2 ampères, 2 ampères et demi, parfois même 3 ampères.

L'épaisseur du pannicule adipeux qui double la paroi abdominale est un des éléments limitant le maximum de l'intensité que l'on peut employer.

En effet, les tissus adipeux sont très mal vascularisés, donc ils sont très mal refroidis par la circulation sanguine, ils s'échauffent plus vite sous l'influence du courant de diathermie, et l'on doit diminuer l'intensité.

Les modifications du calibre de la bougie rectale permettent également de faire varier le chiffre de l'intensité. La densité électrique étant inversement proportionnelle au calibre de la bougie, l'augmentation du calibre de cette bougie nous permettra donc d'élever proportionnellement l'intensité du courant employé. Ceci explique l'intérêt qu'il y a à employer toujours la bougie la plus grosse qu'admette le rétrécissement.

Comme dans toutes les applications diathermiques, on tiendra compte des sensations du malade, l'interrogeant fréquemment, et maintenant l'intensité aussi haut qu'elle pourra être supportée par lui.

Chez les sujets à paroi abdominale maigre, donc bien vascularisée, avec les bougies de 25 à 27 mm., on peut dépasser facilement une intensité de 2 ampères et demi.

Les applications ne sont pas douloureuses. Au contraire, le passage du courant fait cesser la couleur causée

par la bougie au niveau du canal anal enflammé.

Pour la bonne marche du traitement, il est indispensable de faire des séances d'une durée de 20 minutes, et d'en faire trois par semaine.

Elles seront groupées en séries de dix ou de douze, à l'issue desquelles on pratiquera un examen rectoscopique destiné à vérifier l'état de la sténose et de la muqueuse rectale au-dessus et au-dessous.

Après chaque série, une interruption du traitement est indiquée.

En effet, outre la fatigue qui serait provoquée par un traitement trop prolongé, la période de repos ne retarde pas les progrès de l'amélioration, car elle permet souvent de gagner quelques millimètres de dilatation à la reprise du traitement.

La durée de cette période de repos est variable avec l'état de la lésion. Au début, on interrompra le traitement pendant une quinzaine de jours seulement. Plus tard, et avec l'amélioration progressive des symptômes, on sera autorisé à donner des périodes de repos plus longues, trois semaines, puis un mois, jusqu'à ce qu'on arrive à ne plus revoir les malades que tous les deux ou trois mois.

A partir de ce moment, il s'agit surtout d'une surveillance médicale périodique de l'état du malade, et les séries faites alors, ont surtout pour but de combattre la rectite, car, le plus souvent, après la quatrième ou la cinquième série, même les rétrécissements les plus serrés ont disparu.

Le nombre total des séries nécessaires est extrême-

ment variable avec les cas, suivant le degré de la sténose au début du traitement, suivant l'ancienneté de la lésion.

Mais, on ne saurait trop insister sur la nécessité d'un traitement suivi régulièrement. Nous verrons dans l'exposé des observations que les cas qui ont cédé le plus rapidement sont ceux dans lesquels les malades sont venus aux séances sans autre interruption que les repos réguliers, entre chaque série.

Au contraire, dans les traitements qui se prolongent dans les cas qui s'améliorent beaucoup plus lentement, on retrouve toujours des interruptions, des séances manquées, des repos prolongés outre mesure, alors que l'amélioration n'était pas suffisante.

III. — Les incidents du traitement.

Les incidents qui peuvent survenir au cours de ce traitement, sont relativement peu fréquents. Ils sont de deux ordres : la fatigue et les hémorragies.

La fatigue se manifeste à l'issue de chaque séance de vingt minutes. C'est une sensation de lassitude générale se prolongeant plusieurs heures après la séance, et variant d'intensité avec les sujets.

A la fin d'une série de dix ou douze séances faites tous les deux jours, les malades se plaignent presque tous d'une fatigue nette et l'interruption du traitement est indiquée à cette date.

D'ailleurs, cette fatigue cesse spontanément avec

le repos. Au besoin, on relèvera l'état général par quelques stimulants.

Les hémorragies peuvent se présenter sous une apparence plus inquiétante. Encore faut-il distinguer les hémorragies de faible importance succédant parfois à une séance, des grosses hémorragies beaucoup plus abondantes que nous avons vu se produire seulement dans deux cas. (Obs. n° 3, obs. n° 23.)

Leur cause est simple à découvrir. Au-dessus du rétrécissement, il existe presque toujours, surtout au début du traitement, des ulcérations en nappe.

L'application diathermique provoque à ce niveau une vive congestion. Il en résulte un écoulement sanglant plus ou moins abondant.

La plupart du temps, ces hémorragies sont minimes, elles cessent le plus souvent dans le courant du traitement, après dix à douze séances alors que la stase pécale est levée et que les ulcérations commencent à se cicatriser.

Dans les cas de grosses hémorragies, il s'agissait de rétrécissements anciens, très serrés et au-dessus desquels on trouvait une muqueuse complètement exulcérée.

D'ailleurs, le repos au lit, l'application de glace sur le ventre, quelques injections de sérum hémopoïétique de cheval ont suffi à faire cesser l'hémorragie et le seul inconvénient a été un léger retard dans le traitement, qui repris dans la suite, et continué avec précautions, a pu être mené à bien.

IV. — Les observations

Les observations qui vont suivre, concernent 32 malades traités par cette méthode, au Laboratoire d'Electrologie du service de notre maître le Dr Bensaude.

27 de ces malades étaient porteurs de rétrécissements inflammatoires du rectum plus ou moins serrés. 5 étaient atteints de rectites végétantes ou d'anites avec infiltration des parois, auxquelles fut étendu le traitement en présence des bons effets observés sur les rétrécissements.

En effet, sur le premier groupe de 27 malades considérés, 10 n'ont actuellement plus trace de rétrécissement, l'un d'eux depuis treize mois, un autre depuis neuf mois, trois autres depuis six mois, les autres depuis deux ou trois mois seulement.

Les 17 autres sont en traitement depuis une époque plus rapprochée. Ils sont améliorés, mais non complètement guéris, et se trouvent à des étapes différentes de leur traitement. La lecture de leurs observations permet donc de se rendre compte de l'effet progressif et du mode d'action de la diathermie.

Enfin, chez les 5 malades atteints d'ano-rectites avec infiltrations des parois, nous avons vu dans deux cas disparaître complètement l'induration; dans les trois autres, actuellement encore en traitement, elle a diminué considérablement.

Actuellement sont traitées, en outre, par le même procédé, avec la même technique, un certain nombre

d'ano-rectites et de rectites sans sténose et sans infiltration qui s'améliorent chaque jour tant au point de vue de l'écoulement et des signes fonctionnels que de l'état local.

Obs. I.— *Rectite gonococcique suivie malgré toutes les thérapeutiques d'un rétrécissement serré (11 mm.). Sodomie. 20 séances de diathermie : Amélioration de la rectite. Disparition de la sténose. Résultat acquis depuis treize mois.*

M. C..., Jean, 41 ans, métallurgiste.

Est venu consulter le 20 juin 1922 pour des troubles rectaux ayant débuté en 1920. Il fut traité dans le service depuis cette époque et périodiquement examiné à la rectoscopie.

La rectite gonococcique ulcéro-végétante qu'il présentait en juin 1922 n'a été nullement améliorée par toutes les thérapeutiques employées : antiseptiques, cautérisations, fulgurations.

Et, progressivement, la sténose s'est établie, si bien que, en décembre 1924, le malade était porteur d'un rétrécissement serré n'admettant que la bougie de 11 mm.

C'est alors que fut institué le traitement diathermique ; 20 séances pendant lesquelles on passe de la bougie de 11 mm. à la bougie de 29 mm.

A l'issue de ce traitement, la rectoscopie pratiquée le 21 février 1925 montre une amélioration considérable Le rectoscope de 20 mm. passe avec une extrême facilité. La muqueuse est souple, mais avec des surfaces ulcérées surtout à droite. La suppuration est moins abondante.

Le 2 avril 1925, le rectum est largement dilaté. On y constate des granulations de rectite hypertrophique. L'inflammation a diminué.

Le 13 décembre 1925, le rectoscope de 20 mm. passe très facilement. Les parois du rectum sont très souples, la muqueuse est encore enflammée.

Le 7 mars 1926, soit plus d'un an après la fin du traitement diathermique, il n'y a pas de rétrécissement. La muqueuse est souple. Il persiste de la rectite granuleuse.

Obs. II. — *Rétrécissement inflammatoire large (17 mm.) rebelle à tous les traitements médicaux. Sodomie, syphilis. 20 séances de diathermie. Amélioration de la rectite. Disparition de la sténose. Mêmes constatations 9 mois après.*

M. B... Louis, 42 ans, maître d'hôtel.

Vient consulter le 29 novembre 1924 pour des troubles remontant à 1913 : fausses envies fréquentes, écoulement de pus par l'anus. Sodomie et syphilis.

A été traité par la chimiothérapie, par le traitement antisyphilitique, ainsi que par la dilatation à froid sans résultat.

L'examen rectoscopique montre un rétrécissement large avec ulcération de toute la partie rétrécie admettant la bougie de 17 mm.

A trois reprises, on pratique l'étincelage sans résultat, ainsi que le montre une rectoscopie faite le 5 décembre 1924.

On institue alors le traitement diathermique : 20 séances avec les bougies de 17 à 28 mm.

Une rectoscopie pratiquée fin janvier 1925 donne les résultats suivants : le rectoscope de 20 mm. passe avec la plus grande facilité. Il n'y a plus de rétrécissement, mais une rectite granuleuse suppurant encore.

Ce malade a été revu : en février 1925, en avril 1925, en octobre 1925, avec un rectum largement dilaté, une rectite améliorée, mais non guérie.

Obs. III. — *Rétrécissement inflammatoire à 7 cm. admettant la bougie de 12 mm. Pas d'étiologie nette. 33 séances de diathermie entrecoupées d'hémorragies importantes. Disparition de la sténose. Amélioration de la rectite.*

M. D... Etienne, 48 ans, tapissier.

S'est présenté à la consultation le 12 février 1925 porteur d'un rétrécissement inflammatoire typique du rectum situé à 7 cm. et sans étiologie précise. Ce rétrécissement n'admettait que la bougie de 12 mm.

Le traitement diathermique fut institué et l'on pratiqua 9 séances en utilisant les bougies de 12 à 23 mm.

Deux jours après la neuvième séance, survint une hémorragie rectale importante, de sang rouge, accompagnée d'éblouissements, de tintements d'oreilles et de syncope.

Cette hémorragie se renouvelant les jours suivants, le malade fut admis dans le service. Il entra en salle le 12 mars.

Une rectoscopie faite ce jour même, montra : des parois indurées, un rétrécissement large permettant le passage de la bougie de 23 mm., au-dessus du rétrécissement des ulcérations saignant en nappe, peu de pus.

On mit alors le malade au repos au lit avec de la glace sur l'abdomen et on lui fit une injection quotidienne sous-cutanée d'hémostyl pendant dix-huit jours, et le 30 mars, on put reprendre le traitement diathermique avec la bougie de 22 mm. 9 séances à l'issue desquelles on passait facilement la bougie de 25 mm.

Le 17 avril, la paroi est souple au doigt, le rectoscope de 20 mm. progresse jusqu'à 20 cm. sans difficulté. Le rétrécissement a disparu. Quelques ulcérations ne saignant pas dans la zone de 7 à 15 cm. Au-dessus, muqueuse normale. Au-dessous, léger dépoli avec, par endroits, aspect pultacé.

Le 5 juin, il n'y a plus d'ulcérations.

Le 14 septembre 1925, à bout de doigt, on sent un anneau un peu induré, mais laissant facilement passer le rectoscope de 20 mm.

Le traitement diathermique est repris : 10 séances avec la bougie de 25 mm. et le 5 novembre 1925, il n'y a plus trace de rétrécissement.

Le 17 décembre 1925, après être resté deux mois sans traitement, pas de rétrécissement. La muqueuse garde encore des irrégularités, des petits bourgeons sensibles au toucher.

C'est contre cette rectite persistante, constatée à nouveau le 27 février 1926, que le traitement diathermique fut repris : 5 séances, sans autre inconvénient que de petites hémorragies après les séances.

Le malade n'a pas été revu depuis.

Obs. IV. — *Rétrécissements inflammatoires étagés l'un à 6 cm., l'autre à 10 cm. Etiologie incertaine. Dilatation à froid du rétrécissement inférieur. 40 séances de diathermie sur le rétrécissement supérieur que la bougie de Hégar ne franchit pas. Disparition de la sténose depuis six mois. 10 nouvelles séances contre la rectite qui s'améliore.*

Mme S..., couturière.

Vient consulter le 28 mars 1925 pour des troubles datant d'un an.

Il s'agissait d'alternatives de diarrhée et de constipation, de coliques douloureuses précédant les selles, enfin d'un écoulement purulent, pendant et entre les selles.

Ces phénomènes avaient retenti sur son état général. Amaigrissement de 8 kg. en un an.

La rectoscopie montra un rétrécissement inflammatoire commençant à 6 cm. au-dessus de l'anus, ne laissant pas passer le rectoscope de 20 mm., mais celui de 15 mm. La paroi avait un aspect cicatriciel, mais sans rectite végétante proprement dite.

La sodomie est niée, le Wassermann négatif.

Cette malade fut d'abord soumise à la dilatation à froid par les bougies de Hégar depuis la bougie de 18 mm. jusqu'à celle de 27 mm.

Le 27 mai 1925, la rectoscopie montrait que la partie inférieure du rectum était dilatée, mais qu'un défilé plus sténosé commençait à 10 cm., admettant le rectoscope de 15 mm.

C'est pour dilater ce rétrécissement supérieur que l'on fit appel à la diathermie. Le traitement fut donc institué avec des bougies de 22 à 25 mm. trop courtes pour franchir le rétrécissement supérieur.

On fit ainsi quarante séances de diathermie et le 3 novembre 1925, le rectoscope de 20 mm. passe avec la plus grande facilité. A partir de 10 cm. la muqueuse est recouverte de pus, très vulnérable, saignant facilement, mais il n'y a pas de rétrécissement.

Cette amélioration est vérifiée à nouveau, le 14 janvier 1926, soit après trois mois sans traitement. Il n'y avait pas la moindre lésion de sténose.

Contre la rectite, on fait 10 nouvelles séances de diathermie avec la bougie de 25 mm. et le 13 mars 1926, on constate que la muqueuse, entre 6 heures et 9 heures, est tout à fait souple légèrement irrégulière, œdématiée et vulnérable, que le rectum est large. A 10 cm. entre neuf heures et dix heures, il y a comme un reste de diaphragme très mince qui pend dans la lumière du rectum, saignant très abondamment.

La malade est revue le 13 avril 1926. Il n'y a plus de ré-

trécissement, le rectum est largement perméable. Il persiste une congestion hémorragique de la muqueuse.

Obs. V. — *Rétrécissement inflammatoire à 4 cm. Etiologie indéterminée. 30 séances de diathermie; disparition de la sténose depuis 6 mois.*

M. K..., 25 ans, relieur.

Est venu consulter le 15 juillet 1925 se plaignant de pertes de sang à la fin de chaque selle, de constipation très marquée, de faux besoins.

La rectoscopie permit de découvrir un rétrécissement inflammatoire du rectum à 3 ou 4 cm., et sur la paroi postérieure à 3 cm. une muqueuse blanchâtre, cicatricielle avec des points érosifs.

Le traitement diathermique est institué le 22 août 1925 : 20 séances avec les bougies de 18 à 23 mm., puis après une interruption de 10 jours, 10 séances avec la bougie de 22 mm.

A l'issue de ce traitement, les symptômes se sont améliorés. Il persiste une légère constipation et du prurit anal.

Ce malade est revu le 6 mai 1926, soit 6 mois après la fin de son traitement. Au toucher spasme anal très marqué. On ne se rend pas du tout compte de l'existence d'un rétrécissement. Avec le rectoscope de 20 mm., on voit à midi une énorme papillite, à 5 heures et à 6 heures, un gros bourgeon charnu. Mais il n'y a pas de rétrécissement.

Obs. VI. — *Ano-rectite ulcéreuse et sténosante (19 mm.). Etiologie inconnue. 10 séances de diathermie : disparition de la sténose et de l'ano-rectite depuis six mois.*

M. L..., représentant de commerce.

S'est présenté à la consultation le 28 septembre 1925, se

plaignant de coliques, de faux besoins, de selles multiples diarrhéiques, avec des filets de sang. Ces symptômes datant de janvier 1925, époque depuis laquelle il a été traité par erreur pour dysenterie, l'examen des selles ayant montré ensuite qu'il ne s'agissait pas de dysenterie.

Il vient essayer le traitement diathermique avant de se faire faire l'anus iliaque qui lui est conseillé.

L'examen endoscopique du rectum pratiqué le 28 septembre montre une ano-rectite sténosante et ulcéreuse.

Le traitement diathermique est institué aussitôt; 10 séances à partir de la bougie de 19 mm.

Amélioration des symptômes. Une à deux selles moulées par jour.

Le 12 novembre 1925, l'examen rectoscopique montre une amélioration considérable. Les parois sont souples, la muqueuse est granuleuse, congestionnée, sans trace d'ulcération ni d'induration.

Ce malade a été revu le 6 mai 1926, soit 6 mois après l'arrêt de son traitement. Il n'y a pas d'ulcération, la muqueuse est souple, il n'y a pas de suppuration.

Obs. VII. — *Sténose inflammatoire du type valvulaire à 5 cm. Etiologie indéterminée. 30 séances de diathermie. Disparition de la sténose depuis 3 mois. Persistance de la rectite.*

Mme Pe..., 30 ans, chapelière.

Est venue consulter le 29 octobre 1925, se plaignant de constipation ancienne, avec, depuis un an, des pertes de sang vermeil par l'anus, tous les trois ou quatre jours, à la fin des selles, et les autres jours, des pertes de pus.

Pas d'étiologie nette. Sodomie niée. Petit goître.

Le toucher rectal est très douloureux; à 6 heures à 9 heures

et à 3 heures, on a l'impression de sentir un diaphragme mou, à 3 cm. environ de l'anus.

A l'endoscopie : rétrécissement à 5 cm. environ au-dessus de l'anus. Impossibilité d'introduire le rectoscope de 20 mm. Celui de 15 mm. passe. On voit entre 3 heures et 9 heures un diaphragme en forme de valve. La muqueuse est très légèrement granuleuse et recouverte de pus.

Le traitement diathermique est institué le 29 octobre 1925 : 20 séances de la bougie de 15 mm. à celle de 24 mm.

Le 12 janvier 1926, amélioration de la constipation, l'écoulement est peu modifié. Il persiste des douleurs à la défécation.

On passe le rectoscope de 20 mm. avec la plus grande facilité. Au doigt, sensation de repli entre 3 heures et 9 heures, mais repli qui est souple. Le repli saigne encore facilement au toucher.

Le 26 janvier, on reprend le traitement et on passe pendant 10 séances la bougie de 24 mm.

Le 27 février 1926, la constipation a disparu, il persiste un écoulement. Au toucher, on sent encore le repli, mais il est très souple et on ne s'apercevrait guère de son existence, si l'on ne tenait pas compte des examens précédents. Le rectoscope de 20 mm. passe très facilement. Le repli ne saigne pas

Le 29 avril 1926, on fait les mêmes constatations.

Obs. VIII. — *Rétrécissement inflammatoire bas situé, admettant la bougie de 15 mm., sans étiologie nette. 20 séances de diathermie. Disparition de la sténose depuis 2 mois. Rectite améliorée, non guérie.*

Mme G..., 39 ans, employée de commerce.

Vient consulter le 9 décembre 1925. Elle se plaint de troubles datant du début de 1922 et consistant en un écoulement

par l'anus de liquide fluide, jaunâtre, parfois rosé. De temps à autre une hémorragie légère de sang rouge.

L'écoulement, continuel, s'accompagne de fausses envies, et cet état persiste pendant que s'établit une modification de la forme des matières et une constipation marquée.

Aucune étiologie. Pas de syphilis. La sodomie est niée.

Le 9 décembre 1925, l'examen montre un orifice de fistule à 1 cm. en dehors de l'anus à droite. Le toucher fait sentir à quelques centimètres de l'anus un rétrécissement annulaire en diaphragme que l'index franchit tout juste. Le rectoscope de 20 mm. ne passe pas, celui de 15 mm. passe à frottement.

Le traitement diathermique est alors institué et en 10 séances, du 23 décembre au 22 janvier, on arrive à passer facilement la bougie de 23 mm. La constipation s'est améliorée dès les premières séances.

On interrompt le traitement 15 jours, pendant lesquels la malade a chaque jour des selles régulières. L'écoulement est peu modifié.

Le 5 février, on reprend le traitement. En dix séances, on passe de la bougie de 24 mm. à celle de 27 mm. Le 13 mars 1926, la constipation n'existe plus, l'écoulement est beaucoup moins abondant. Le rétrécissement a disparu. La muqueuse est souple.

Le 17 avril 1926, on fait les mêmes constatations, et l'on décide de reprendre contre la rectite une nouvelle série actuellement en cours.

Obs. IX. — *Rétrécissement inflammatoire à 6 cm. très serré (10 mm.). Etiologie inconnue. 22 séances de diathermie : disparition de la sténose depuis deux mois. Amélioration de la rectite.*

Mme Br..., 26 ans, cartonnière.

S'est présentée à la consultation le 17 décembre 1925 pour des troubles remontant à 1923.

C'est l'histoire d'une rectite ayant débuté à cette date, par un écoulement anal purulent, quelquefois sanglant, des fausses envies et de la constipation.

Pas d'étiologie nette. La sodomie est niée. A noter en 1923 une métrite intense avec hydarthrose des genoux.

Progressivement est survenue la déformation des matières en ruban et une constipation opiniâtre. En avril 1925, on a diagnostiqué un rétrécissement du rectum.

C'est le 15 décembre 1925 que le Pr Lecène, qu'elle va consulter, l'adresse à M. le Dr Bensaude.

Examen du 17 décembre : gros condylome à 6 heures. Le doigt est arrêté à 6 cm. Le rectoscope de 20 mm. à 5 cm. Celui de 15 mm. ne passe pas le rétrécissement. Celui de 10 mm. passe à frottement et permet d'observer un suintement assez marqué de la muqueuse rectale.

Le traitement diathermique est institué le lundi 4 janvier 1926 : En douze séances, de cette date au 1er février, on passe de la bougie de 10 mm. à celle de 19 mm. La constipation est très améliorée : une selle par jour, moins déformée. L'écoulement est peu modifié.

Le traitement est repris le 15 février. En 10 séances, on passe de la bougie de 19 mm. à celle de 25 mm.

Le 13 mars 1926, l'écoulement a beaucoup diminué. Il se produit le matin au réveil, et à chaque selle. Il est beaucoup plus fluide. Les selles sont régulières et d'un calibre convenable.

Au toucher, série de granulations surtout dans la partie supérieure du rectum aussi haut que peut aller le doigt mais le rectum est large. Il n'y a plus la moindre impression de rétrécissement. Au toucher le diagnostic serait : légère rectite granuleuse. Léger cartonnage vers 3 heures.

À l'endoscopie : le rectoscope de 20 mm. passe sans la moindre difficulté. Entre 2 heures et 3 heures très léger vallonnement de la muqueuse.

Contre la rectite, une nouvelle série est en cours actuellement.

Obs. X. — *Rétrécissement inflammatoire large* (20 *mm.*) *se constituant en un an à la suite d'une rectite ulcéro-hémorragique. Sodomie et syphilis. 20 séances de diathermie. Disparition de la sténose. Persistance de rectite granuleuse.*

M. L..., 41 ans, comptable.

Est venu consulter le 25 février 1925, se plaignant de douleurs à type d'épreintes, de déformation des matières, d'écoulement de glaires.

Syphilis depuis 25 ans insuffisamment traitée. Sodomie depuis 3 ou 4 ans.

A signaler une intervention pour abcès de la marge de l'anus, suivie d'une fistule dont on constate l'existence le 25 février et que l'on opère le 10 mai 1925.

En septembre, le malade revient consulter présentant toujours une fistule et à 5 cm. une rectite ulcéro-hémorragique annulaire.

Au toucher, granulations dures avec péri-rectite sans rétrécissement.

Le 12 janvier 1926, la sténose est constituée. Elle admet la pulpe du doigt et elle est formée d'une bride tendue entre 3 heures et 9 heures, avec à 6 heures une induration profonde. Le rectoscope de 20 mm. a un ressaut sur la bride à 7 cm. Il existe des végétations circulaires consistantes, mais pas très dures, avec au-dessus une vaste ulcération creuse, surtout de la moitié postérieure du rectum. Ces lésions saignent beau-

coup. La biopsie vérifie le diagnostic de rétrécissement inflammatoire.

Le traitement diathermique est institué le 18 janvier 1926.

On pratique dix séances à l'issue desquelles, le 8 février, on passe sans difficulté la bougie de 26 mm. et le gros rectoscope.

L'écoulement a beaucoup diminué. Les selles sont faciles, nullement déformées.

Le traitement est repris le 18 mars 1926 : dix séances avec les bougies de 26 et de 37 mm.

L'amélioration des symptômes fonctionnels persiste.

La rectoscopie montre, le 17 avril, une muqueuse granuleuse tout autour à 6 ou 7 cm.

Les granulations reposent sur une muqueuse tout à fait souple.

Le rectum est largement béant. Il n'y a pas la moindre trace de rétrécissement.

Obs. XI. — *Rétrécissement inflammatoire à 5 cm., très serré (10 mm.). Syphilis ultérieure à la rectite. Traitement diathermique insuffisant : 23 séances suivies irrégulièrement. Amélioration, mais traitement interrompu par la malade pendant 8 mois. Récidive. 17 nouvelles séances : disparition de la sténose. Persistance de l'induration des parois à l'heure actuelle.*

Mme B..., 31 ans, gardienne.

Est soignée dans le service depuis le 28 août 1922 pour une rectite sténosante datant de 1915.

Ultérieurement à cette rectite, syphilis en 1916, traitée. Sodomie niée.

En 1922, dilatation à froid. Le 10 octobre 1922, on constate la présence d'une bride semi-lunaire, occupant les trois quarts

antérieurs du rectum et des irrégularités sur la paroi postérieure. A 8 cm., on dépasse le rétrécissement.

Le 26 janvier 1925, les troubles se sont aggravés, l'état général est touché. L'examen montre à 5 cm. un rétrécissement ne laissant pas passer le rectoscope de 10 mm.

Le traitement diathermique est institué : 20 séances après lesquelles la malade améliorée, mais non guérie cesse le traitement jusqu'au 11 mars. A cette époque, on commence une nouvelle série suivie irrégulièrement, non terminée.

Ce n'est que 8 mois après, le 17 décembre qu'elle revient consulter. Le traitement a été insuffisant, mal suivi et le rétrécissement s'est reformé.

On fait 17 séances et le 20 février 1926, le rectoscope de 20 mm. passe facilement, le rétrécissement a disparu, mais au toucher, la muqueuse est toujours indurée.

Le 13 avril 1926, même état. La malade n'a pas encore repris le traitement.

Obs. XII. — *Rectite proliférante sans sténose traitée insuffisamment par 20 séances de diathermie. 6 mois après sténose serrée (15 mm.). 30 séances de diathermie. Grosse amélioration de la sténose (27 mm.). Persistance d'une rectite granuleuse améliorée. Traitement encore en cours.*

M. R..., 31 ans, commerçant.

Se présente à la consultation le 17 mars 1925, souffrant depuis octobre 1923, de fausses envies, de quelques hémorragies rectales de sang rouge, d'un écoulement séro-purulent.

Ni sodomie, ni syphilis. Etiologie indéterminée.

En mars 1924 : ablation d'un condylome anal.

Le 17 mars 1925, l'examen rectoscopique montre une rectite proliférante sans sténose. Cette rectite est insuffisamment

traitée par la diathermie : 20 séances suivies de six mois sans aucun traitement.

Le 10 décembre, la sténose s'est constituée. Le rectoscope de 20 mm. ne la franchit pas. Celui de 15 mm. seul permet d'explorer le rectum au-dessus : Rectite végétante avec végétations circulaires plus marquées à droite.

Le traitement diathermique est repris le 18 décembre : 20 séances jusqu'au 22 février où la bougie de 24 mm. passe facilement.

Amélioration des symptômes fonctionnels : l'écoulement a diminué, la constipation a disparu. Le rectoscope passe facilement. La muqueuse est un peu épaissie et œdématiée. Il existe encore quelques irrégularités.

Du 15 mars au 7 avril, on fait 10 nouvelles séances. La bougie de 27 mm. est employée à cette dernière date.

Au toucher, il ne persiste plus qu'une rectite granuleuse. Au fort grossissement après passage facile du rectoscope, la muqueuse est un peu mamelonnée. Les parois sont lisses, d'aspect légèrement cicatriciel.

Contre la rectite, une nouvelle série est actuellement en cours.

Obs. XIII. — *Rectite ulcéro-végétante avec fistules. Syphilis. Traitement diathermique insuffisant : 10 séances. 8 mois après : sténose à 5 cm. à type valvulaire. Reprise du traitement : 10 séances : Amélioration de la sténose. Une fistule tarie. L'écoulement a presque disparu. Traitement encore en cours.*

M. Ra... 39 ans, employé de bureau.

Vient consulter le 13 juin 1925. La rectoscopie montre une rectite ulcéro-végétante avec fistules.

Syphilis en 1923. Sodomie niée.

Traitée insuffisamment par la diathermie : 10 séances en juin 1925, la rectite ne s'améliora que peu par la vaccinothérapie.

Le 4 février 1926, soit 8 mois après, il y a, à 5 cm., un rétrécissement sous forme de valve plus marquée à gauche qu'à droite, admettant la pulpe de l'index. Pas de rectite granuleuse au-dessous. Le rectoscope de 20 mm. passe avec difficulté. Les parois du rétrécissement sont irrégulières et saignent à droite.

Le traitement diathermique est repris le 8 février, 10 séances avec les bougies de 19 à 23 mm.

Le 13 mars, le rectoscope de 20 mm. passe facilement. Entre 6 heures et 9 heures ulcération. Irrégularités de la muqueuse, sans véritable état bourgeonnant. La suppuration a diminué considérablement. Une des fistules s'est tarie complètement.

Une nouvelle série est en cours.

Obs. XIV. — *Sténose inflammatoire à 3 cm. Sodomie. 20 séances de diathermie : Grosse amélioration de la sténose. Persistance d'écoulement.*

M. A..., 31 ans, garçon de café.

Vient consulter le 26 juillet 1925. A été opéré en juin 1925 pour un ulcère atone du pôle postérieur de l'anus. Il observe depuis un suintement. Sodomie.

L'examen rectoscopique montre à 3 cm. une sténose avec aspect cicatriciel à midi, qui laisse passer le petit rectoscope.

Le traitement diathermique est institué : 20 séances avec les bougies de 18 à 24 mm.

Le 31 décembre 1925, le rectoscope de 25 mm. passe. Celui

de 20 mm. est très libre dans la cavité. La suppuration continue.

En janvier 1926 : mêmes constatations.

Le malade n'a pas été revu depuis.

Obs. XV. — *Recto-colite sténosante* (20 *mm.*) *remontant jusqu'à* 24 *cm. Etiologie inconnue.* 20 *séances de diathermie : Amélioration.*

M. V..., 37 ans, employé de bureau.

Venu consulter le 3 août 1925. La rectoscopie montre une recto-colite remontant jusqu'à 24 cm. Infiltration des parois rectales. La bougie de 20 mm. seule franchit le rétrécissement.

Institution du traitement diathermique : 20 séances à l'issue desquelles se manifeste une amélioration nette : la suppuration a diminué, la muqueuse est moins enflammée, les parois sont plus souples.

Le traitement est interrompu par le malade qui n'est revu que le 13 avril 1926, soit 7 mois après.

A cette date : souplesse assez grande, mais le doigt sent encore des endroits durs, la muqueuse est encore rouge, saignante, végétante et exulcérée par place.

Obs. XVI. — *Rétrécissement inflammatoire à* 5 *cm. serré* (10 *mm.*) *Syphilis ultérieure à la rectite.* 35 *séances de diathermie suivies irrégulièrement vers la fin. Amélioration de la sténose. Persistance de la rectite.*

Mme H..., fille de salle, 30 ans.

S'est présentée à la consultation, le 8 septembre 1925. Elle se plaignait d'une constipation opiniâtre datant de 1918, avec déformation progressive des matières et écoulement purulent par l'anus. Sodomie niée.

A noter dans son histoire une syphilis contractée en 1920 et bien soignée depuis son début à l'hôpital Broca, où l'on a découvert en outre une fistule recto-vaginale.

La constipation n'avait fait qu'augmenter dans les dernières années et lorsque la malade se présente à la consultation, elle vient de rester 18 jours sans aller à la selle.

Une rectoscopie pratiquée ce jour, montre un rétrécissement inflammatoire du rectum à 5 cm., que peut seul franchir le rectoscope de 10 mm.

Le traitement diathermique est institué le jour même. Une première série de 10 séances est pratiquée du 9 au 30 septembre et permet d'améliorer la constipation et de passer la bougie de 14 mm.

On fait une deuxième série de 10 séances du 16 octobre au 16 novembre et l'on peut porter à 19 mm. le calibre de la bougie utilisée.

Une troisième série est pratiquée du 2 décembre 1925 au 13 janvier 1926, avec les bougies de 20 à 22 mm.

A ce moment la malade est grandement améliorée au point de vue du rétrécissement. Elle a des selles faciles, d'un calibre convenable. Mais la fistule n'est pas fermée et il persiste un écoulement anal.

Nous ne revoyons cette malade que le 23 février et nous commençons une nouvelle série. Mais elle suit irrégulièrement les séances, laissant entre elles des intervalles de 5 à 7 jours pour interrompre son traitement le 12 mars, date à laquelle nous l'avons vue pour la dernière fois, améliorée, mais non guérie.

Obs. XVII. — *Rétrécissement inflammatoire à 6 cm., très serré (10 mm.). Etiologie peu nette. Traité par dilatation à froid.*

Puis, 31 séances de diathermie, suivies peu régulièrement : grosse amélioration de la sténose (24 mm.) et de la rectite. Encore en traitement actuellement.

Mme R..., 33 ans, modiste.

Se présente à la consultation le 19 septembre 1925 se plaignant de pertes purulentes par l'anus, survenues depuis 1915, à la suite, dit-elle, d'une blennorragie ayant occasionné d'abondantes pertes vaginales. Sodomie niée.

Elle se plaint en outre d'une constipation opiniâtre n'ayant fait qu'augmenter depuis cette époque, de légères hémorragies rectales, de faux besoins, de douleurs lancinantes, au moment des selles, et d'une déformation progressive des matières.

Une réaction de Wassermann s'est montrée négative en septembre 1925.

Elle a été traitée en janvier 1925, à la Pitié, par des dilatations à froid, sans que l'on puisse jamais dépasser la bougie de 13 mm. On lui conseille alors l'anus iliaque.

La rectoscopie, faite le 19 septembre 1925, montre un rétrécissement inflammatoire du rectum à 6 cm.

Au doigt, on a l'impression d'un petit anneau fibreux avec une muqueuse absolument souple. L'orifice a environ les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

Seul le rectoscope de 10 mm. peut traverser le rétrécissement. Au-dessus et au-dessous, muqueuse normale. Au niveau du rétrécissement, muqueuse épaissie, blanchâtre et cicatricielle.

Le traitement diathermique est aussitôt instituée et les dix premières séances permettent de passer la bougie de 18 mm.

Le 22 janvier 1926, le traitement est repris et après 5 séances on passe la bougie de 19 mm.

La rectoscopie est pratiquée le 4 février. Le rectoscope de 10 mm. passe facilement. Le rétrécissement est très amélioré, la moitié supérieure est cependant encore étroite.

Mais l'écoulement a considérablement diminué et n'apparaît plus qu'au moment des selles. La constipation est améliorée.

Du 6 février au 12 avril 1926, on pratique 16 séances de diathermie. La durée de la série a été augmentée car la malade suivait le traitement irrégulièrement.

Le 12 avril, on passe sans difficulté la bougie de 24 mm. Le 17 avril, à bout de doigt, un petit diaphragme avec une petite zone granuleuse. Au-dessous, une muqueuse absolument souple. Le rectoscope de 20 mm. passe facilement. La muqueuse est pâle, d'une façon générale régulière, non granuleuse.

Le traitement est encore en cours actuellement.

Obs. XVIII. — *Recto-colite hémorragique et purulente. Epaississement des parois. Diminution du calibre* (18 *mm.*). *Anus iliaque.* 32 *séances de diathermie : Amélioration des symptômes. Passage facile de la bougie de* 23 *mm. Traitement encore en cours.*

Mme L..., 32 ans.

Vient consulter le 19 novembre 1925. Souffre depuis trois ans d'une recto-colite hémorragique et purulente traitée localement par la chimiothérapie. Etiologie indéterminée.

En février 1925, l'état général s'aggravant, on a pratiqué un anus iliaque dans le service de M. le Pr Gosset, qui a amélioré l'état général, mais non l'état local.

La rectoscopie montre, à 10 cm., une recto-colite hémorragique et purulente avec une paroi très épaissie.

Le traitement diathermique est institué le 20 novembre, la bougie de 18 mm. seule peut être utilisée.

20 séances jusqu'au 1er février 1926. A cette époque, disparition des douleurs, fréquentes autrefois. L'écoulement se limite à une selle glaireuse, hémorragique et purulente le matin.

A l'examen endoscopique, peu de modification locale.

12 séances du 15 février au 16 mars 1926. La bougie de 23 mm. passe facilement. Disparition complète des douleurs. Les selles ne sont plus hémorragiques.

Le traitement est en cours actuellement.

Obs. XIX. — *Rétrécissement inflammatoire serré* (10 *mm.*). *Syphilis ultérieure à la rectite. Traité par dilatation à froid. Traitement diathermique irrégulièrement suivi* : 19 *séances. Amélioration du rétrécissement et de la rectite. Interruption du traitement.*

Mme G..., 29 ans, sans profession.

Vient consulter le 4 décembre 1925, se plaignant de troubles rectaux ayant débuté en 1917 et consistant en écoulement purulent, très abondant, assez épais, en petites hémorragies continuelles, en déformation des matières en ruban.

Syphilis contractée en 1919 et convenablement traitée depuis par l'arsenic et le bismuth.

De 1917 à 1921, la malade ne se traite pas.

En 1921, on lui fait, dans le service du Dr Bensaude où elle est hospitalisée pendant deux mois, des dilatations à froid qui l'améliorent : elle a des selles plus faciles. Mais progressivement les signes reparaissent, la constipation fait à nouveau son apparition. L'écoulement purulent n'a pas cessé.

La malade revient consulter le 4 décembre 1925 et à la rec-

toscopie, on constate l'existence d'un rétrécissement inflammatoire n'admettant que le rectoscope de 10 mm.

Le traitement diathermique est institué le 8 décembre 1925 et, à la dixième séance, le 27 janvier on passe sans difficulté la bougie de 14 mm.

La constipation, quoique encore marquée a diminué. L'écoulement est devenu plus fluide et moins abondant.

Le 15 février, on reprend le traitement et l'on pratique 9 séances jusqu'au 20 mars où l'on passe sans difficulté la bougie de 16 mm.

La constipation est très améliorée, les matières beaucoup moins déformées, l'écoulement très diminué.

Depuis cette date, nous n'avons pas revu la malade.

Obs. XX. — *Ano-rectite ulcéro-végétante à tendance sténosante (20 mm.). Sodomie, blennorragie rectale, chancre syphilitique du rectum. Dilatation complète en 30 séances de diathermie. Persistance d'une légère induration en un point. Amélioration de la rectite. Traitement encore en cours.*

M. T..., 41 ans.

Entre à l'hôpital le 4 juin 1925 pour suintement de pus et de sang par l'anus. Il souffre depuis 26 ans. Sodomie, gonocoques retrouvés, dit-il, dans l'écoulement. Syphilis depuis 1917, chancre rectal.

Il a subi plusieurs interventions chirurgicales pour abcès de la marge de l'anus et pour fistules.

Mais les selles se sont modifiées progressivement, l'écoulement a toujours persisté.

L'endoscopie rectale montre un canal anal très anfractueux, à parois sans souplesse, admettant assez difficilement

le doigt, avec une nappe de pus assez abondante, des ulcérations, quelques végétations.

On le traite de juin à novembre 1925 par la chimiothérapie et la vaccinothérapie, qui améliorent la suppuration et les ulcérations, mais la sténose progresse.

Le traitement diathermique est institué le 6 janvier 1926 : 20 séances, de la bougie de 20 mm. à celle de 30 mm. L'écoulement diminue, les selles sont moins déformées.

Le 15 mars, la muqueuse rectale est tout à fait normale, légèrement œdématiée. Le canal anal est malade, surtout dans sa moitié postérieure.

Il existe un état cicatriciel, des érosions, une induration au doigt, mais pas de rétrécissement.

A nouveau, 10 séances, du 29 mars au 23 avril. L'écoulement est insignifiant, il ne persiste plus qu'une partie indurée, granuleuse entre 11 heures et une heure.

Traitement encore en cours actuellement.

Obs. XXI. — *Rétrécissement inflammatoire à 5 cm. très serré (10 mm.). Sodomie, syphilis. 20 séances de diathermie. Grosse amélioration de la sténose et de la rectite. Traitement en cours actuellement.*

Mme E..., 35 ans, modiste.

Vient consulter le 13 janvier 1926.

Dans son histoire, on retrouve une syphilis diagnostiquée et traitée à l'hôpital St-Louis, en 1911, insuffisamment par deux injections d'arsénobenzol et deux séries de novarsénobenzol. Nous avons fait faire le 1er mars 1926 une réaction de Wassermann qui s'est montrée négative.

Elle a subi en outre deux interventions pour salpingite.

Depuis 1921, elle présente un écoulement purulent par

l'anus. Sodomie. De plus, une déformation progressive des matières en ruban, des fausses envies, une constipation opiniâtre alternant avec des débâcles diarrhéiques.

On pratique une rectoscopie et l'on découvre une sténose serrée débutant à 5 cm.; au-dessous une rectite végétante avec un polype inséré à midi: un écoulement purulent abondant. La sténose permet le passage du petit rectoscope de 10 mm. avec difficulté. Elle est de courte étendue. Orifices de fistules en pomme d'arrosoir.

Le traitement diathermique est institué le 18 janvier 1926. Au bout de 6 séances, on passe la bougie de 15 mm. La constipation est améliorée, l'écoulement persiste. Cette même bougie est passée quatre fois jusqu'au 8 février. Le traitement est alors interrompu quinze jours et repris le 22 février. Pendant quatre séances encore, on se sert de la bougie de 15 mm., la seule qui passe sans forcer. On arrive ensuite à passer la bougie de 16 mm. dont on se sert trois fois et dans les 3 dernières séances de cette deuxième série, on passe les bougies de 17 et de 18 mm.

Une rectoscopie pratiquée le 25 mars montre une amélioration considérable de la rectite sous-jacente au rétrécissement. La muqueuse à ce niveau est souple, sèche et non ulcérée. Au niveau du rétrécissement, la muqueuse est beaucoup plus souple. Le rectoscope de 15 mm. franchit facilement la sténose. Au-dessus du rétrécissement, une partie de la muqueuse est exulcérée et encore infiltrée.

Le traitement est interrompu jusqu'au 12 avril où l'on passe à nouveau la bougie de 18 mm.

A la septième séance de cette nouvelle série, la bougie de 20 mm. franchit facilement la sténose.

Obs. XXII. — *Rétrécissement inflammatoire à 6 cm., de type valvulaire. Sodomie. 20 séances de diathermie : grosse amélioration de la sténose et de la rectite. Traitement encore en cours.*

Mme M..., 47 ans, sans profession.

Est venue consulter le 19 janvier 1926, adressée à M. Bensaude par M. le Pr Lecène, pour des troubles ayant débuté en 1922. Sodomie. Opération d'une fistule par le Pr Lecène.

Il s'agissait d'un écoulement purulent par l'anus, abondant, épais, fétide, de petites hémorragies rectales, de fausses envies, d'une constipation très opiniâtre avec déformation des matières.

Elle a été traitée par dilatation à froid dans le service du Pr Lecène jusqu'à passage de la bougie de 22 mm. Ce traitement fut arrêté en novembre 1925.

L'examen pratiqué le 19 janvier donne les résultats suivants : A environ 6 cm. de l'anus, le toucher fait sentir une très grosse bride tendue de 3 heures à 9 heures, qui se prolonge un peu en bas, mais entre 5 et 7 heures, la circonférence paraît parfaitement libre. On ne sent pas de nodosités. On passe à frottement le rectoscope de 15 mm. On voit un rétrécissement infundibuliforme, portant surtout sur la moitié supérieure de la circonférence rectale, ayant ceci de particulier qu'il n'y a pas de rectite granuleuse. Muqueuse lisse non ulcérée.

Le traitement diathermique est institué le 21 janvier 1926. De cette date au 18 février, on augmente le calibre des bougies de 15 mm. à 20 mm.

L'écoulement a presque complètement disparu, les selles sont faciles, moins déformées.

Le 20 février, le rectoscope de 15 mm. passe très facilement et montre une amélioration du rétrécissement.

Le traitement est repris le 7 mars avec la bougie de 20 mm.; on le cesse le 7 avril, après dix séances. La bougie de 25 mm. passe sans difficulté.

L'écoulement a diminué, mais n'a pas complètement disparu. Il est plus fluide et moins fétide. La constipation s'est beaucoup améliorée.

Le 8 avril 1916, au toucher, on sent toujours la bride, mais elle est souple. Au restoscope: la muqueuse est légèrement œdématiée, ne donne nullement l'aspect d'un rétrécissement.

Une nouvelle série commencée le 3 mai 1926 se poursuit normalement.

Obs. XXIII. — *Rétrécissement inflammatoire à 6 cm. Défilé long, sinueux et très serré (15 mm.). Pas d'étiologie nette. 22 séances de diathermie. Hémorragies nécessitant l'hospitalisation. Grosse amélioration de la sténose (23 mm.). Traitement encore en cours.*

M. F..., 39 ans, imprimeur.

Vient consulter le 6 août 1925, pour des troubles datant de 1915. Depuis cette époque, alternatives de diarrhée et de constipation.

En 1918, à la suite d'un ictère prolongé il fut opéré à Moscou par Rozanoff. Incision médiane. On aurait trouvé, dit le malade, de petits rétrécissements du rectum.

Après l'intervention, même état, alternatives de diarrhée et de constipation.

Depuis un an et demi, pus, sang, glaires dans les selles, matières déformées en ruban.

Sodomie niée, Wassermann négatif, pas de dysenterie, paludisme, éthylisme.

L'examen rectoscopique du 6 août montre un rétrécisse-

ment très serré à 6 cm. L'orifice a des parois végétantes saignant au contact.

Pour des motifs personnels, aucun traitement n'est suivi par le malade jusqu'au 30 janvier 1926 où il est vu à nouveau à l'endoscopie. Au bout de doigt anneau qui admet à peine la tête de l'index. Au-dessous, muqueuse glissant sur les parties profondes, mais exceptionnellement rouge et saignante. Le rétrécissement admet facilement le rectoscope de 10 mm., mais il est dirigé en bas et en avant. Valve semi-lunaire. Déviation du canal. Le rectoscope de 15 mm. passe, mais en le dirigeant bien en bas. Défilé de plusieurs centimètres dirigé en bas et en avant, que le rectoscope de 15 mm. ne peut franchir. Muqueuse des parois extrêmement rouge et saignante.

Le traitement diathermique est institué le 5 février 1926. Mais dès les premières séances, comme pouvait le faire prévoir la fragilité de la muqueuse, des hémorragies abondantes surviennent et nécessitent l'hospitalisation. La dilatation est poursuivie avec prudence, on fait ainsi 22 séances et l'on passe alors facilement la bougie de 23 mm.

Le malade est examiné le 17 avril 1926 à la rectoscopie : On trouve un aspect un peu rigide de la paroi, mais un canal largement ouvert avec de la congestion des parois et du spasme.

Les signes fonctionnels s'étant d'autre part beaucoup améliorés, on prescrit un repos d'un mois.

Obs. XXIV. — *Rectite à tendance sténosante, d'origine inconnue. Intervention chirurgicale. Récidive six mois après. 20 séances de diathermie. Disparition de la sténose. Parois encore infiltrées. Traitement encore en cours.*

M. B..., 27 ans, comptable.

Est adressé à M. Bensaude par M. le Dr Okinczyc.

Il a subi deux interventions chirurgicales, l'une en Septembre 1923 (hémorroïdes?), l'autre en septembre 1924 pour une rectite à tendance sténosante. Guéri pendant 6 mois, il présente une récidive : sécrétion purulente et sanglante qui augmente, pendant et entre les selles.

Le 18 janvier, la sténose étant en train de se reconstituer, le traitement diathermique est institué.

10 séances jusqu'au 8 février où l'on passe la bougie de 27 mm. L'écoulement a diminué dès les premières séances, il n'existe plus qu'au moment des selles.

A ce moment l'examen endoscopique montre dans les premiers centimètres du rectum une paroi infiltrée et encore dure, très légèrement exulcérée. Mais le rectum est largement ouvert, il n'y a pas de rétrécissement à proprement parler.

Du 22 février au 15 mars : 10 séances avec la bougie de 28 mm. Le 25 mars, l'infiltration des parois a diminué.

Le traitement est encore en cours actuellement.

Obs. XXV. — *Rétrécissement inflammatoire. Syphilis. Amputation du rectum. Récidive* (10 *mm.*). *Anus iliaque.* 10 *séances de diathermie. Amélioration de la sténose* (20 *mm.*) *et de la rectite. Traitement encore en cours.*

Mme D..., 33 ans, corsetière.

Vient consulter le 4 mars 1926, pour des troubles datant de 1917. A noter une syphilis traitée en 1921. Sodomie niée.

En 1917, écoulement purulent, constipation. Intervention de M. le Pr Hartmann. Amputation du rectum avec conservation du sphincter. Grosse amélioration, mais persistance de l'écoulement. Récidive en 1923, nécessitant l'anus iliaque qui n'a jamais bien fonctionné et qui s'est à peu près complètement refermé.

Le 4 mars 1926, elle se plaint de ténesme, d'épreintes, de constipation, de suppuration.

Toucher rectal : Rétrécissement dans lequel s'engage juste le bout du doigt, à quelques centimètres de l'anus (4 cm.).

Rectoscopie : Pas de rectite hypertrophique. Orifice exulcéré sans anite végétante, admettant l'extrémité du rectoscope de 10 mm. qui s'engage jusqu'à 13 cm. dans un canal anfractueux, saignant, mais ne peut déboucher à l'autre extrémité du canal sténosé.

Le traitement diathermique est institué le 8 mars 1926. Dès les premières séances, l'écoulement devient très fluide, les selles sont plus faciles. A la dixième séance, le 20 avril, on passe sans difficulté la bougie de 20 mm.

Traitement encore en cours.

Obs. XXVI. — *Sténose inflammatoire circulaire à 7 cm. Etiologie inconnue. 10 séances de diathermie : grosse amélioration de la rectite et du rétrécissement (grains de plomb) Traitement encore en cours.*

M. V..., 34 ans, coupeur.

Est venu consulter le 3 mars 1924, pour constipation, pesanteur anale, hémorragies rectales.

Il a été revu périodiquement depuis cette époque et l'on a constaté la formation progressive de la sténose.

Le 10 mars 1926, la rectoscopie montre une sténose circulaire à 7 cm. Le rectoscope de 20 mm. passe difficilement. Fistule stercorale dans la fosse ischio-rectale gauche.

Le traitement diathermique est institué le 17 mars 1926. A la troisième séance, l'écoulement disparaît entre les selles. A la dixième, le 12 avril, on passe la bougie de 26 mm. ; le malade a une selle chaque matin et un écoulement insignifiant

Le 17 avril, le rectoscope de 20 mm. passe facilement et montre à 7 cm. quelques irrégularités de la muqueuse à 9 heures, quelques bourgeons. Quelques grains de plomb dans la moitié postérieure du rectum.

Obs. XXVII. — *Rétrécissement inflammatoire à 3 cm. serré (15 mm.). Syphilis. 10 séances de diathermie. Grosse amélioration de la sténose (24 mm.) et de la rectite. Traitement encore en cours.*

Mme W..., 29 ans, employée de bureau.

Vient consulter le 16 mars 1926, souffrant depuis 1923 de douleurs, d'hémorragies, d'écoulement de pus par l'anus, pendant et entre les selles. Progressivement s'est établie une constipation très marquée et une déformation des matières. A noter une syphilis traitée par arsenic et bismuth, une hystérectomie en 1923. Sodomie niée.

Comme traitement, il y a un an, dilatation à froid.

Le 16 mars : condylome, ulcération commissurale.

A 3 cm., le doigt entre au contact d'un orifice rétréci.

Rectoscopie : Trajet court de la sténose : 4 à 6 cm. Au-delà, muqueuse normale.

Toucher vaginal : parois souples, le col n'a pas été enlevé.

Le traitement diathermique est institué le 27 mars 1926 avec la bougie de 15 mm.

Après trois séances, diminution de l'écoulement qui devient plus fluide. Après dix séances, grosse amélioration de la constipation. On passe la bougie de 24 mm.

Le 17 avril, le doigt traverse le rétrécissement très facilement. La muqueuse est souple. A l'endoscopie, rectite granuleuse. Muqueuse souple et lisse.

Traitement encore en cours actuellement.

Obs. XXVIII. — *Rectite proliférante. Induration des parois. Sodomie et chancre mou. 45 séances de diathermie. Diminution de l'induration des parois, du bourgeonnement. Persistance d'un léger écoulement. Traitement encore en cours.*

M. S...

En août 1923, chancre mou à l'anus. Sodomie.

En février 1925 : rectite proliférante, trois ulcérations rectales. Induration des parois.

Le traitement diathermique est institué le 3 février 1925 : 19 séances jusqu'au 19 mars.

A l'examen rectoscopique, assouplissement, diminution du bourgeonnement. Moins d'induration. Quelques condylomes.

Le traitement a été repris en novembre 1925 : 15 séances, continué en février 1926 avec les bougies de 22 et de 23 mm. (11 séances) la dernière le 6 mars 1926.

Amélioration des symptômes. Disparition presque complète de l'induration des parois. Persistance d'un léger écoulement.

Traitement encore en cours actuellement.

Obs. XXIX. — *Rectite proliférante inférieure avec induration des parois. Etiologie indéterminée. 50 séances de diathermie avec intervalles trop longs entre les séries. Amélioration de la rectite. Diminution de l'infiltration.*

M. L..., 46 ans, chauffeur.

Est venu à la consultation le 27 février 1925. Syphilis en 1906, irrégulièrement traitée. Depuis longtemps, écoulement de glaires, de pus, de sang, faux besoins.

Le 27 février : toucher très douloureux. Rectite proliférante inférieure. Induration des parois.

Le traitement diathermique est institué le 20 avril 1925. 20 séances jusqu'au 15 juin 1925 avec les bougies de 24 à 28 mm. L'écoulement a diminué, les autres symptômes se sont améliorés.

Le malade reste alors cinq mois sans traitement.

Le 14 novembre 1925, au toucher, on sent comme un cartonnement du rectum avec une série de saillies dures. Le rectoscope passe facilement.

Reprise du traitement diathermique : 20 séances jusqu'au 5 février : bougie de 23 mm.

L'écoulement a beaucoup diminué. Les lésions sont localisées au canal anal et à un ou deux centimètres au-dessus. Au doigt : infiltration, irrégularités.

A l'endoscopie, rectite végétante, érosions, bourgeons charnus. Le rectoscope passe facilement.

10 nouvelles séances du 22 février au 15 mars, avec les bougies de 24 et de 25 mm.

Le 25 mars, la muqueuse est beaucoup moins infiltrée. Des zones souples séparent les zones infiltrées.

A 6 cm., un gros bourgeon charnu qui fait saillie dans la lumière rectale est électrocoagulé.

Le traitement est encore en cours actuellement.

Obs. XXX. — *Rectite végétante inférieure avec infiltration des parois. 10 séances de diathermie. Grosse amélioration de la rectite. Assouplissement des parois. Diminution des bourgeons. Traitement encore en cours.*

M. D..., 27 ans, valet de chambre.

Vient consulter le 11 mars 1926.

En 1925, roséole, plaques muqueuses anales, Wassermann positif.

Cinq mois plus tard, douleurs au moment des selles et après elles. Ecoulement purulent continuel avec stries sanglantes. Constipation.

Aucun traitement local. Traitement général antisyphilitique.

Le 11 mars, il présente une rectite végétante inférieure, avec de grosses végétations à 9 heures et à midi et une infiltration des parois.

L'ampoule rectale proprement dite a une muqueuse à parois lisses. Le toucher est extrêmement douloureux ainsi que l'introduction du rectoscope.

Le traitement diathermique est institué le 17 mars 1926 : 10 séances au cours desquelles l'écoulement qui était continuel n'apparaît plus qu'au moment des selles. La constipation s'est améliorée.

Le 17 avril, au toucher : les parois sont tout à fait souples, quelques condylomes.

A l'endoscopie rectale, la muqueuse est rouge, congestionnée, à peine granuleuse. Quelques bourgeons charnus à 6 heures et à 9 heures. Petites végétations à midi.

Traitement encore en cours actuellement.

Obs. XXXI. — *Rectite ulcéreuse et végétante avec infiltration des parois. Etiologie inconnue. 22 séances de diathermie. Amélioration de la rectite. Diminution de l'infiltration des parois (grains de plomb). Traitement encore en cours.*

M. De..., 42 ans, tapissier.

Venu consulter le 9 décembre 1924. Syphilis depuis 1907, traitée par novarsénobenzol et bismuth.

En 1920, épreintes, hémorragies rectales, écoulement glaireux et purulent.

Traité depuis par pansements locaux.

Le 9 décembre 1924 : Rectite ulcéreuse et végétante, grosse ulcération à droite. Lésions s'élevant jusqu'à 8 cm. Infiltration des parois.

Traité par 12 séances de diathermie en février 1925. Très amélioré. Disparition des douleurs, perd encore du pus et du sang.

Revient en mars 1926 parce qu'il perd plus abondamment. Au toucher : rectite végétante granuleuse, pas de rétrécissement. Sensation de grains de plomb. Lésions remontant haut.

10 séances de diathermie, du 22 mars au 16 avril, avec la bougie de 26 mm.

Amélioration de l'écoulement. Diminution de l'infiltration. Traitement encore en cours actuellement.

Obs. XXXII. — *Anite blennorragique avec ulcérations et infiltration des parois. 20 séances de diathermie. Guérison : disparition de l'infiltration. Cicatrisation des ulcérations.*

M. D..., 37 ans, chauffeur.

Vient consulter le 27 janvier 1926.

Souffre depuis le mois d'avril 1925. Prurit anal, épreintes fréquentes et douloureuses. Selles enrobées de glaires, de pus, quelquefois sanguinolentes.

Le toucher est extrêmement douloureux.

A l'anuscope : lésions strictement cantonnées au canal anal. Muqueuse irrégulière, présentant de petites ulcérations et au doigt une sensation d'infiltration.

Au-dessus, muqueuse seulement congestionnée. Prélèvement: gonocoques.

Le traitement diathermique est institué le 27 janvier 1926 : 10 séances jusqu'au 17 février.

Les premières séances calment les douleurs, le toucher devient facilement praticable, l'écoulement diminue.

Le 17 février : grosse amélioration, il n'y a plus d'ulcérations, la muqueuse est encore un peu rouge et suintante, mais non infiltrée.

Reprise du traitement le 10 mars : 10 nouvelles séances terminées le 5 avril.

Rien d'anormal au toucher qui n'est pas douloureux.

A l'anuscope : la muqueuse ne présente aucune ulcération, ne suinte pas, elle est seulement un peu congestionnée. Aucune infiltration.

CONCLUSIONS

Il semble donc, à l'heure actuelle que le traitement du rétrécissement inflammatoire du rectum par la diathermie, pratiqué selon la technique que nous avons indiquée, permette d'obtenir la guérison de cette terrible infirmité contre laquelle nous étions à peu près complètement désarmés.

Dans plusieurs des cas considérés dans ce travail, la sténose s'était développée et établie progressivement, en dépit de toutes les thérapeutiques employées : dilatation lente, chimiothérapie, vaccinothérapie, étincelage de haute fréquence, et même extirpation chirurgicale, montrant ainsi l'impuissance de tous ces traitements.

Dix de nos malades, très améliorés au point de vue de leur rectite, n'ont plus de rétrécissement.

Dix-sept autres sont en cours de traitement. Tous sont améliorés, tant au point de vue des signes fonctionnels que de l'état local.

La méthode a été étendue aux rectites présentant, au cours de leur évolution, une infiltration anormale de la paroi rectale, un placard induré. Cinq malades dont nous avons exposé les observations ont été très améliorés.

Quant aux incidents observés au cours de ce traitement, ils ne présentent aucun caractère de gravité. Dans les deux seuls cas d'hémorragies signalées, un traitement médical simple a fait cesser tout écoulement sanguin et le traitement a pu être repris et mené à bien.

D'autre part, la fatigue ressentie par les malades cède vite au repos et, dans l'ensemble, ce traitement est bien supporté, il n'est pas douloureux, il permet aux sujets traités de ne pas interrompre leurs occupations habituelles. De plus, sa technique relativement simple, le rend facilement réalisable.

Actuellement des rectites proliférantes sans sténose, sans infiltration des parois sont traitées à titre préventif.

Les résultats que nous observons chaque jour, permettent d'espérer qu'en prolongeant longtemps le traitement, on fera disparaître, non seulement le rétrécissement, mais encore la rectite elle-même.

Vu : *Le Doyen,*
H. ROGER.

Vu : *Le Président,*
LECÈNE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

Barbilian. — (*La Presse Médicale*, 4 mars 1925, n° 18, p. 286).

Bastianelli. — Sur les sténoses du rectum et leur traitement chirurgical. (*Ac. Royale de Médecine de Rome*, 1900).

— (*Annals of Surgery*, décembre 1909, p. 1095).

Bensaude (R.). — Les rétrécissements inflammatoires du rectum. (*Monde médical*, 1er juin 1923).

— Nouveau Traité de Médecine, Roger, Widal, Teissier, tome XIV.

— Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée. Sergent, Ribadeau, Dumas, Babonneix. Tome XI.

— Traité d'endoscopie, rectoscopie, sigmoïdoscopie. Masson, 2e édition.

Bensaude (R.) et **Marchand (J. H.).** — Un traitement particulièrement efficace du rétrécissement inflammatoire du rectum. (*Presse Médicale*, 2 décembre 1925, p. 1588.)

Bordier (H.). — Diathermie et diathermothérapie. (Baillière).

Buie. — (*Journ. of the Amer. méd. Assoc.* vol. LXXXI, n° 16, 20 octobre 1923).

Delbet (Pierre) et **Mouchet.** — Rectite hypertrophique proliférante et sténosante. Rétrécissement dit syphilitique. (*Arch. générales de médecine* 1893, nov. déc.).

Delbet (Pierre). — Rétrécissement du rectum. (*La Clinique*, n° 30, 26 juillet 1912).

Duval (Pierre).— Précis de Pathologie chirurgicale. Tome III. — Société de gastro-entérologie. Séance du 9 février 1925.

Deroche.— Contribution à l'étude des rétrécissements inflammatoires du rectum. (*Thèse Paris*, 1925, n° 94).

Fournier (A.). — Lésions tertiaires de l'anus et du rectum. (*France Médicale*, 1874, n° 80, 83, 87, 90).

— Traité de la syphilis, rédigé par le Dr Ed. Fournier. T. 2, fasc. 2, p. 509).

Friedel. — Rétrécissement syphilitique du rectum. (*Paris Médical*, 28 avril 1923. An. XIII, n° 17).

Hartmann (H.). — An address on inflammatory strictures of the rectum. (*The Lancet*, february, 1922, vol. I, p. 307, p. 326).

Heitz Boyer. — Rétrécissements et polypes du rectum traités par la haute fréquence. (*Bull. Soc. Chir. Paris*, 12 juillet 1922, t. LXVIII n° 25, 1922).

Jersild (O.). — Contribution à l'étude de la pathogénie du soi-disant syphilome ano-rectal. (*Annales de Dermat. et de Syphilig.*, 6e série, t. I, 1920).

Lapointe. — Traitement des rétrécissements non congénitaux du rectum. (*Thèse Paris*, 1897-1898).

Miller. — *The Lancet*, 1922, vol. I, p. 328.

Monde médical. — n° 680. 1er janvier 1925. Traitement nouveau du rétrécissement inflammatoire du rectum.

Mummery. — (*The Pratictionner*, t. LXXXVIII, n° 6, juin 1912).

Picard (H.). — Zentralblatt f. chir. 31, 1er août 1925. (Analyse in *Journ. de Chir.*, n° 4, octobre 1925).

Quénu et Hartmann. — Chir. du rectum, tome I.

Quénu et Richelot.— *Bull. Soc. Chir.* Paris, 1891, 18 et 25 février, p. 134 à 153.

Radice. — Sur le traitement des rétrécissements inflammatoires du rectum. (*J. de chir.*, t. XXVII, n° 3 mars 1926).

Robineau. — (*Arch. des Mal. de l'App. digestif et de la nutrition*, t. XV, mars 1925, p. 276).

Ruge. — Contribution à la pathogénie et au traitement de la rectite purulente et ulcéreuse. (*Arch. f. Klinische Chirurgie*, 1907, t. LXXXIII).

Savignac.— (*Arch. des Mal. de l'app. digestif et de la nutrition*, t. XV, mars 1925, p. 269).

Zimmern. — Rétrécissement du rectum. Excision. Insuccès. Anus iliaque. Traitement du rétrécissement par l'électrolyse circulaire. Amélioration. (*Bull. de Soc. chir.* Paris, 15 juin 1909).

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 11

Chapitre I. — *Notions de Pathologie* 12

Chapitre II. — *Les traitements habituellement usités.* 18

Chapitre III. — *Le Traitement par la diathermie*

I. — Mode d'action..... 24

II. — La technique de la méthode..... 28

III. — Les incidents du traitement 35

IV. — Les observations 37

Conclusions 73

Bibliographie 75

Bordeaux. — Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue.